様式第４号（第7条関係）

令和　　年　　月　　日

病　児・病　後　児　保　育　連　絡　票（診療情報提供書）

菊　池　市　長　様（実施施設経由）

医療機関　住　所

名　称

医師名　　㊞

電話番号（　　－　　－　　）
FAX番号（　　－　　－　　）

保護者記入欄	ふりがな 児童氏名		生年月日	平成　　年　　月　　日 （　　歳　　ヶ月）
	住　　所			
	保護者氏名		電話番号	

主治医記入欄	受　診　日	年　　月　　日	
	病　名 （該当に○）	０１　百日咳 ０２　麻しん ０３　風しん ０４　水痘 ０５　流行性耳下腺炎(おたふくかぜ) ０６　突発性発疹 ０７　手足口病 ０８　アデノウィルス感染症 ０９　ヘルパンギーナ １０　咽頭結膜熱（プール熱）	１１　伝染性紅斑(りんご病) １２　伝染性膿痂疹（とびひ） １３　流行性角結膜炎(はやり目) １４　ＲＳウィルス感染症 １５　溶連菌感染症 １５　インフルエンザ（　　型） １６　肺炎・気管支炎 １７　気管支喘息 １８　上気道炎（風邪） １９　感染性胃腸炎 ２０　嘔吐下痢症
		その他（　　）	
	伝染の危険性	□なし　　□あり（　　）	
	投薬上の注意	□なし　　□あり （□食前　□食後　□指定時間　　時間毎）	
	安静度 （該当に○）	１　ベッド上での安静を要す ２　隔離室での隔離を要す ３　室内安静（室内での静かな遊びは可） ４　室内保育（室内で普通どおり遊んで良い） ５　その他（　　）	
	食事(昼食)	１．ミルク　　２．牛乳のみ　　３．離乳食（前期・中期・後期） ４．幼児食　　５．下痢食 ※　幼児食以外は持参	
	その他 連絡事項		

＊上記は診療情報提供書（Ｉ）注２（保険点数２５０点）が適用されます。月1回は健康保険適用となります。
同月内の２回目以降は利用者に経費が発生する場合があります。